

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

N°

183

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Mademoiselle Colette Laurence MILLON

Née à Paris, le 15 Décembre 1895

LA NÉCROSE du MAXILLAIRE INFÉRIEUR
D'ORIGINE SYPHILITIQUE

Président : M. LEJARS, Professeur de Clinique chirurgicale

ÉTAMPES

Imprimerie Maurice DORMANN

16, Rue Saint-Mars

1922

23

185

LA NÉCROSE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR
D'ORIGINE SYPHILITIQUE

187

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

No

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Mademoiselle Colette Laurence MILLON

Née à Paris, le 15 Décembre 1895

LA NÉCROSE du MAXILLAIRE INFÉRIEUR
D'ORIGINE SYPHILITIQUE

Président : M. LEJARS, Professeur de Clinique chirurgicale



ÉTAMPES

Imprimerie Maurice DORMANN

16, Rue Saint-Mars

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M.
PROFESSEURS :

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale
Physiologie
Physique médicale
Chimie organique et chimie générale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale
Pathologie et thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée

ROGER .
MM.
NICOLAS.
CUNÉO.
Ch. RICHET.
André BROCA.
DESGREZ.
BEZANÇON.
BRUMPT.
Marcel LABBÉ.
RENON.
LECÈNE.
LETULLE.
PRENANT.
POUCHET.
CARNOT.
BERNARD.
BALTHAZARD.
MÉNÉTRIÉR.
ROGER.
ACHARD.
WIDAL.
GILBERT.
CHAUFFARD.
MARFAN.
NOBÉCOURT.

Clinique médicale
Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies contagieuses

CLAUDE.
JEANSELME.
P. MARIE.
TEISSIER.
DELBET.
LEJARS.
HARTMANN.
GOSSET.
De LAPERSONNE.
LEGUEU.
BAR.
COUVELAIRE.
BRINDEAU.
J.-L. FAURE.
BROCA Auguste.
VAQUEZ.
SEBILEAU.
DUVAL.
SERGENT.

Clinique chirurgicale
Clinique ophtalmologique
Clinique des maladies des voies urinaires
Clinique d'accouchements
Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile
Clinique thérapeutique
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.
ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOUIN
BLANCHETIÈRE
BRANCA
CAMUS
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRÉ
DESMAREST

MM.
DUVOIR
FIESSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GRÉGOIRE
GUÉNIOT
GUILLAIN
HEITZ-BOYER
JOYEUX
LABBÉ (Henri)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS
LARDENNOIS

MM.
LE LORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBoullet
LÉRI
LÉVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCQUOT
MULON
ORINCZYC
PHILIBERT
RATHERY

MM.
RETTERRER
RIBIERRE
RICHAUD
ROUSSY
ROUVIÈRE
SCHWARTZ
TANON
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE
LE DOCTEUR RENÉ MILLON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551416_0029

LA NÉCROSE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

D'ORIGINE SYPHILITIQUE

AVANT-PROPOS

Avant de commencer la publication de ce travail qui marque l'achèvement de nos études médicales, nous remplissons le devoir bien agréable de remercier nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux : MM. les Professeurs Delbet et Achard, qui ont été nos premiers guides dans l'étude de la clinique médicale et chirurgicale, MM. Bergé, Ellinger, Walther et Tuffier qui ont bien voulu nous accepter pour faire fonction d'externe dans leurs services, pendant la guerre, ont droit à toute notre reconnaissance, et nous n'oublierons jamais la valeur de l'enseignement qu'ils nous ont donné avec tant de libéralité.

M. le Professeur Marfan chez qui nous avons passé une année a été pour nous un maître près duquel nous aurions aimé continuer d'aussi fructueuses études.

Nous étant dirigée vers une spécialisation différente, nous tenons à remercier tous nos maîtres de l'Ecole de Stomatologie ou des Hôpitaux, et en particulier, MM. Sauvez, Chomprel, Rodier et Gires, qui ne nous ont pas ménagé les témoignages d'une véritable amitié. Nous devons à M. Mau-

rel l'idée première de ce travail, nous le remercions de ses conseils et de l'accueil qu'il nous a réservé dans son service de l'hôpital Saint-Antoine.

Enfin nous sommes très reconnaissante à M. le Professeur Lejars du grand honneur qu'il nous fait en présidant cette thèse et lui en exprimons nos bien sincères remerciements.



CHAPITRE PREMIER

Rareté de la Syphilis du maxillaire inférieur

La syphilis osseuse qui occupe comme fréquence le deuxième rang dans l'ensemble des affections tertiaires, devrait, semble-t-il, frapper tous les os, sans exception. Cependant, si on étudie, à ce sujet, les grands traités de médecine et de chirurgie, on demèure frappé du peu d'importance prise par la syphilis de certains os, et notamment par celle du maxillaire inférieur. Alors que la syphilis du maxillaire supérieur est actuellement bien connue, grâce aux travaux de Richet, Guinard, Gilbert, Lubet-Barbon, Lejars, sur les lésions du sinus maxillaire ; de Verchère, Aguilhon de Sarrau, Ledebinski, Koch, Chompret, Amoëdo, Pietkiewicz, Moty, Treitel, Friteau, Mouton, Izard, sur celles du rebord alvéolaire, et est considérée comme une affection assez fréquente, il n'existe en bibliographie que fort peu de documents relatifs aux ostéites spécifiques du maxillaire inférieur.

Les anciens auteurs avaient même émis cette opinion que cet os jouit d'une sorte d'immunité à l'égard de la syphilis : « Il est remarquable, écrivait-on, que la nécrose de la mâchoire inférieure ne soit presque jamais produite par la syphilis. Parmi les cas nombreux d'accidents tertiaires que nous avons rencontrés, il n'en est pas un seul dans lequel le maxillaire inférieur ait été le siège d'une gomme, d'une suppuration, d'une nécrose. On ne saurait expliquer cette particularité qui distingue l'os dont nous nous occupons, de tant d'autres, et notamment du maxil-

laire supérieur ». (*Denonvilliers-Gosselin. Compendium de Chirurgie*).

Dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, à l'article *maxillaires*, nous trouvons : « Les lésions syphilitiques occupent ordinairement la voûte palatine, l'apophyse montante, quelquefois l'arcade alvéolaire, rarement le corps du maxillaire supérieur, presque jamais le maxillaire inférieur ».

Dans le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, même remarque : « Le maxillaire supérieur, la voûte palatine en particulier, sont le siège de prédilection des nécroses syphilitiques. Le maxillaire inférieur en est très rarement atteint ; cela tient sans doute à l'épaisseur de l'os et à sa vascularisation ».

Plus récemment, Ombrédanne, dans son *Traité des Maladies des Mâchoires* (1909) signale lui aussi que l'ostéomyélite spécifique du maxillaire inférieur est d'une rareté extrême.

Dieulafoy et Herpin, dans le *Traité de Stomatologie* Gailard et Nogué (1911) signalent à peine que la périostite gommeuse peut s'étendre au tissu osseux et en déterminer la nécrose, et ils ne font pas jouer de rôle à la syphilis dans les formes d'ostéomyélite nécrosante du maxillaire inférieur qu'ils rapportent.

Les traités de syphiligraphie sont pareillement muets sur la question qui nous occupe.

C'est que, à vrai dire, les observations publiées sont singulièrement rares. On peut les compter. En 1875, Duplay, dans son *Traité de Pathologie*, signale un cas de périostite avec gros séquestre siégeant sur l'angle de la mâchoire et la branche montante. Fournier, en 1878, publie une observation de paralysie du nerf mentonnier par exostose du tiers moyen de la branche horizontale du maxillaire inférieur, exostose ayant disparu complètement par le

traitement à l'iodure de potassium. Zambaco en publie une du même genre. Mauriac cite deux autres cas dans son livre des *Manifestations précoces de la syphilis tertiaire*. Aguilhon de Sarrau, Dolbeau et Labbé, signalent la résorption progressive des arcades alvéolo-dentaires inférieures. Enfin, Jullien et son élève Chabaud, dans sa thèse (1885), arrivent à peine à réunir une dizaine d'observations de gommès, d'hyperostoses partielles, de périostites avec séquestre de l'angle de la mâchoire et de la branche montante, dont l'origine ne peut être attribuée qu'à la syphilis. Depuis ce dernier travail, c'est-à-dire durant les trente-sept dernières années, quelques cas du même genre ont été publiés dans la littérature médicale. Nous les mentionnons ci-après.

De la remarque faite par les auteurs cités plus haut, il faut donc retenir ceci : c'est que les lésions du maxillaire inférieur dues à la syphilis présentent, dans notre pays tout au moins, une rareté manifeste. Cette rareté est-elle absolue ; n'est-elle pas plus apparente que réelle ? C'est la question que nous avons été amenée à nous poser, car dans le service de stomatologie de MM. Richet et Maurel, à l'hôpital Saint-Antoine, nous avons eu l'occasion de voir coup sur coup deux cas de ce genre, et presque en même temps nous en avons observé un troisième en dehors des hôpitaux. C'était des ostéo-périostites de la mâchoire inférieure suivies de nécrose de l'os avec élimination de volumineux séquestres. Ces lésions furent grandement améliorées par le traitement spécifique.

Voilà des faits impressionnants. Trouver en quelques mois, nous pourrions dire en quelques semaines, trois observations très certaines de faits réputés très rares, peut être un effet du hasard et compter pour une série heureuse. Ce peut être aussi interprété différemment et montrer que la rareté des faits que nous recherchons, n'est une rareté

que parce que beaucoup d'entre eux sont passés inaperçus et n'ont pas été relevés. C'est assez notre avis.

Pourquoi donc les manifestations de la syphilis seraient-elles rares au maxillaire inférieur ? Pourquoi, alors que dans les intoxications mercurielle et phosphorée, il jouit d'une sensibilité particulière, et est toujours le plus souvent et le plus profondément atteint, pourquoi cet os posséderait-il une immunité vis-à-vis d'une localisation morbide aussi répandue que la syphilis ?

Le maxillaire inférieur est un os plat. Il est formé en grande partie de tissu compact et présente deux tables épaisses entre lesquelles on rencontre relativement peu de tissu spongieux ; il est richement vascularisé et ses points d'ossification ne présentent aucune particularité. C'est un os solide et si l'on admet l'influence des traumatismes répétés sur la localisation des manifestations syphilitiques, il n'est certes pas moins exposé que d'autres. Il l'est sans doute plus que le sternum sur qui les gommes et nécroses partielles ne sont pas une rareté.

Est-ce parce qu'il porte des dents sur son bord supérieur ? Mais ces dents se trouvent aussi au maxillaire supérieur, sur qui les localisations osseuses spécifiques sont fréquentes. On pourrait croire, et certains auteurs le professent, que les infections locales d'origine dentaire constituent dans cet os des points d'appel pour une localisation diathésique aussi fréquente que la syphilis. C'est justement le contraire qui se produit. En dépit de la fréquence des ostéites partielles d'origine dentaire, en dépit de la saleté repoussante de la bouche chez la plupart des syphilitiques, le tréponème a une particulière répugnance à s'installer dans ce milieu.

En vérité, nous avons beau chercher, nous ne pouvons trouver les causes de cette particularité. Est-elle spéciale du reste au maxillaire inférieur ? Les statistiques sont peu

abondantes qui concernent les localisations osseuses de la syphilis ; elles concordent cependant à mettre quatre os au premier rang : les os du nez, le tibia, la voûte palatine et le sternum. Après eux, viennent avec un nombre d'observations de plus en plus réduit : le frontal, les vertèbres, l'omoplate, le cubitus, la rotule. L'énumération s'en tient généralement là. Il y a des os dont on ne parle jamais, qui semblent plus encore que le maxillaire inférieur, n'avoir jamais connu la nécrose ou la gomme. Nous citerons un os considérable cependant par son étendue : l'os iliaque. Pourquoi l'os iliaque, os plat, de très grandes dimensions, n'est-il jamais syphilité ?

La vérité est que la répartition des manifestations syphilitiques osseuses est soumise à des lois qui nous échappent et qui semblent affecter une allure capricieuse.

Ce caprice, au surplus, mérite d'être étudié. Ce qui semble une vérité en deça des Pyrénées peut être une erreur au delà. On admet, en effet, généralement que le pays où règne une maladie imprime à celle-ci un caractère souvent particulier. Cela est tout spécialement vrai pour la syphilis.

« Qu'un Indien, qu'un Lapon, qu'un Hollandais, soient infectés du virus vénérien, écrit Lauthois (1), sinon pris à la même source, du moins égal par l'intensité, vous verrez les exostoses, les hyperostoses, les gommages abonder chez le Lapon ; les chancres, les exanthèmes, chez l'Indien, les tumeurs glandulaires de toutes sortes chez le Hollandais ».

Et voici justement qu'un auteur anglais, chirurgien de Kashmir Hospital, dans l'Inde (cité par Chabaud), s'était inscrit par avance en faux contre l'opinion courante. Pour lui, la syphilis du maxillaire inférieur, loin d'être une rareté,

(1) Jullien. *Traité des maladies vénériennes*.

était une maladie très fréquente, et il publie, en 1875, un travail sur la vulnérabilité spéciale de la mâchoire inférieure chez les Hindous. « Les maladies du squelette sont très fréquentes chez les Hindous, écrit-il dans *The Lancet*, qui ont à peu près tous la syphilis, et parmi les os frappés, le maxillaire inférieur est l'un des plus communément ».

Il publiait à la suite six cas intéressants de nécrose syphilitique des mâchoires. « Un jeune homme de Yarkhand était littéralement mourant, par suite du pus abondant provenant d'une nécrose s'étendant à tout le maxillaire inférieur, depuis un condyle jusqu'à celui du côté opposé. Opéré par une incision extérieure allant d'un condyle à l'autre, les lambeaux relevés, tout le maxillaire fut mis à nu, l'opération fut achevée en enlevant l'apophyse temporale et l'articulation. Sutures au crin de cheval. Les suites furent simples. Le malade quitta l'hôpital un peu plus d'un mois après l'opération. Le résultat était si parfait qu'il était forcé de montrer son maxillaire nécrosé pour convaincre les incrédules ». Dans les autres cas cités, tous chez des hommes jeunes, la résection plus ou moins étendue de la mâchoire réussit également très bien. Dans trois cas, l'os malade fut enlevé en comprenant l'articulation et le condyle. Toutes les suites furent simples.

A vrai dire, ces faits sont exposés d'une façon un peu succincte et pourraient être discutés ; cependant il semble qu'il s'agit bien de lésions syphilitiques.

Voilà donc un pays où les atteintes du maxillaire sont très fréquentes, alors qu'elles sont rarissimes en France. Il se peut que si l'observation s'exerçait dans les pays où le tertiairisme est endémique, de nouveaux faits viendraient confirmer l'opinion du chirurgien anglais. Nous avons, pour notre part, découvert une observation faite en Algérie, en 1903 (Observ. V). Il s'agit d'une jeune femme arabe atteinte de nécrose de la région mentonnière. Chez elle,

le tertiarisme est héréditaire et elle présente dès son enfance des stigmates indiscutables.

L'opinion d'après laquelle la syphilis du maxillaire inférieur est absolument rare, nous semble donc peut-être excessive. Comme nous le verrons plus loin la marche de la maladie offre le plus souvent une allure très lente, torpide, exempte de douleurs. Il se peut que si on fouillait les services de chirurgie, ou de syphilis nerveuse — car le tabès s'associe souvent aux lésions osseuses des deux maxillaires, — on publierait plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'à présent des exemples très nets de gommes et de nécrose. Alors, apparaîtrait nettement ce qui reste notre opinion sur ce point, que la rareté des localisations osseuses de la syphilis au maxillaire inférieur est plus apparente que réelle.

CHAPITRE II

Formes de la syphilis tertiaire du maxillaire inférieur La nécrose à grand séquestre

La syphilis des os a été bien décrite et classifiée depuis longtemps par Ricord, Rollet, Fournier, Lannelongue, Cornil, Gangolphe et Mauriac. Rare dans la période dite secondaire, elle consiste alors en périostites circonscrites, qui disparaissent rapidement par le traitement, sans laisser de traces. Il n'en est pas de même pour les lésions de la période tertiaire dans lesquelles les tissus du squelette sont le plus souvent atteints d'une lésion destructive.

On a décrit une ostéopériostite raréfiante, une ostéomyélite gommeuse et une ostéomyélite nécrosante. Toutes ces lésions peuvent se trouver au maxillaire inférieur.

La première s'observe surtout chez les tabétiques, où la fracture spontanée du maxillaire inférieur n'est pas rare. La branche horizontale subit une sorte de fonte et arrive à se réduire à la grosseur du petit doigt (Izard). Cette fonte osseuse s'observe aussi en dehors du tabès, ainsi que le montre notre observation II.

L'ostéomyélite gommeuse est peut-être le plus exceptionnel des syphilomes du maxillaire inférieur. M. Bercher vient d'en présenter un cas à la Société de Stomatologie (Avril 1922) avec guérison complète.

La troisième forme, ostéomyélite nécrosante, nous paraît plus fréquente. Comme nos observations se rapportent toutes à des cas de cette variété, nous nous limiterons à son étude.

La nécrose du maxillaire inférieur d'origine syphilitique peut revêtir deux formes : la *forme parcellaire*, et la *forme à grand séquestre*. La première, nous n'en possédons qu'une observation et encore bien incomplète. Cette forme est cependant assez fréquente au maxillaire supérieur. Elle consiste en fragments du rebord alvéolaire qui s'éliminent, concurremment ou consécutivement à la chute de dents. Ces fragments affectent quelquefois la forme d'un cornet alvéolaire. Siegfried, dans la Thèse Henry (1905) en cite un cas. Nous ne mentionnons cette forme que pour mémoire.

La véritable nécrose syphilitique du maxillaire inférieur est la *nécrose à grand séquestre*. Dans cette forme, une très grande partie de l'os est frappée de mort, se détache au cours de l'opération nécessaire avec la plus grande facilité, ou même s'élimine spontanément. Tantôt, c'est tout ou partie de la branche horizontale qui cède, tantôt c'est la moitié et même plus, de l'os qui se détache, y compris le condyle de l'articulation temporo-maxillaire. Le séquestre ainsi enlevé offre les aspects de l'os frappé de mortification. Tout en conservant sa forme générale, il a des parties éburnées, d'autres effritées. La couleur est blanche et quelquefois verdâtre. Il exhale une odeur repoussante.

La radiographie en donne une image très nette. Le séquestre tranche par sa coloration sur les tissus voisins ; il apparaît gris et flou en comparaison des parties saines de l'os ; son contour est net et si les parties éburnées donnent une image claire, les parties effritées prennent une teinte grisâtre et plus foncée (*Voir fig. 1*).

Cette mortification de l'os se fait sans fracas, de sorte que la fracture spontanée peut être un des premiers symptômes. Lorsque le traitement et l'intervention chirurgicale surviennent à temps, le mal peut se limiter. La solution de continuité sur le squelette peut alors ne pas être complète.

Mais, dans tous les cas que nous avons vus, la lésion a d'emblée une si grande étendue qu'il en résulte une déformation de la mandibule telle que la mastication est à partir de ce moment considérablement gênée, et ne peut être rétablie qu'à l'aide d'un appareil prothétique compliqué.

Tant que ce séquestre est en place, il occasionne et entretient des accidents variés qui font de cette nécrose une maladie bien déterminée dont nous allons étudier successivement les formes et la symptomatologie.

CHAPITRE III

Étiologie

Etant donné le peu d'observations que nous possédons encore, il est difficile de dégager nettement l'étiologie de la nécrose syphilitique du maxillaire inférieur. L'âge et le sexe ne paraissent pas avoir une grande influence. La lésion paraît aussi fréquente chez l'homme que chez la femme. Par rapport à l'accident primitif, la nécrose peut être une manifestation relativement précoce : trois ans après le chancre dans une de nos observations. Mauriac en cite également deux cas dans les manifestations précoces de la syphilis tertiaire. Le plus souvent cette nécrose frappe des individus porteurs d'une syphilis ancienne, non ou insuffisamment traitée ; quelquefois même, elle ne le fait qu'après de très longues années. Dans notre observation II ce n'est qu'à cinquante-six ans que se déclarent les accidents maxillaires et pourtant cet homme a contracté la syphilis pendant son service militaire. Bien plus, l'ostéite nécrosante peut être d'origine héréditaire. Lannelongue en rapporte un cas. (Thèse de Chabaud). Il s'agit d'un enfant mort de diphtérie dont le père avait contracté la syphilis un an avant sa naissance. A l'autopsie, on trouva des lésions osseuses multiples, principalement aux deux tibias et au maxillaire inférieur. Sur ce dernier os, un abcès occupant la partie supérieure de la branche montante avait produit une fracture spontanée de cette branche. Notre observation V en est un type encore plus probant. C'est une fillette traitée, dès l'âge de six ans, pour des accidents

cutanés et muqueux, qui, à seize ans, fait une nécrose de son maxillaire inférieur à la région mentonnière.

Etant donnée la grande distance qui sépare souvent la nécrose de l'accident primaire, il n'est pas étonnant que cette lésion soit parfois la seule manifestation. L'ostéopériostite s'établit alors d'emblée dans le corps de l'os, dans une bouche qui semble saine. Plus généralement, on observe simultanément un ou plusieurs foyers syphilitiques en d'autres points du corps, évoluant d'une façon parallèle à la lésion de la mâchoire. Une de nos malades (observ. I) présentait, outre l'ostéomyélite de son maxillaire, trois gommes : une de la clavicule, une du creux axillaire et une du coude. Cette même malade offrit en plus dans tout le cours de sa maladie l'aspect d'une malade infectée généralement et dont le dépérissement progressif n'était pas en rapport avec la lésion buccale seule.

Une mention doit être faite spécialement de la coexistence de signes de tabès. Il est certain que les nécroses du maxillaire supérieur se produisent avec élection sur le terrain tabétique. M. Izard dans un travail sur le mal perforant buccal en rapporte une quarantaine d'observations. Nous y ajoutons, pour le maxillaire inférieur, celles qui portent les numéros III, VI, VII, X.

Une disposition qui ne peut manquer d'appeler l'attention sur le sujet qui nous occupe, résulte de la présence des dents. Il semble tout naturel de penser que les ostéites banales d'origine dentaire peuvent créer un appel pour l'infection syphilitique. Cette conception est contredite par les faits. Dans toutes les observations que nous avons recueillies, il n'y avait pas trace de lésions du côté des dents. Celles-ci sont tombées aux points où s'est localisée l'affection, sans présenter aucune altération. Nous avons bien insisté sur ce point dans l'interrogatoire de nos malades. D'autre part l'état de la bouche et des dents restant en

place, forme un contraste frappant avec la lésion du maxillaire. L'ostéo-périostite syphilitique se produit généralement dans une bouche saine au point de vue dentaire. D'ailleurs, ainsi que le fait remarquer Mouton dans sa thèse, si les affections dentaires avaient tant d'importance sur la localisation de la syphilis sur le maxillaire, on en trouverait des observations autrement plus nombreuses. Il peut se produire, il est vrai, tant les accidents inflammatoires osseux d'origine dentaire sont fréquents, coexistence d'un foyer d'ostéite banale et de syphilis en activité ; mais alors il est nécessaire de faire un départ judicieux entre ce qui revient à l'un et l'autre mal, car, ce n'est pas parce qu'un individu est syphilitique qu'il n'a pas le droit de faire, comme tant d'autres, une ostéo-périostite banale. Nous en tenant à l'observation stricte des faits, nous pensons qu'il n'existe aucun rapport entre la nécrose syphilitique du maxillaire inférieur et les accidents dentaires.

CHAPITRE IV

Symptômes et Marche

La nécrose du maxillaire inférieur à tous les caractères de la syphilis destructive des os plats. Ce qui frappe avant tout dans la symptomatologie, c'est l'insidiosité, l'allure torpide de l'évolution ; caractère essentiel qui, dans les cas, douteux peut servir à éclairer le diagnostic.

L'affection débute toujours par la chute spontanée des dents au niveau du point touché. Elles tombent, intactes, sans douleur, frappées en même temps. Le malade les « cueille » dans sa bouche. Les autres dents restent saines et bien implantées. Elles ne sont pas influencées par le sort de leurs voisines et forment un contraste frappant avec elles.

Cet état des dents précède quelquefois la nécrose de plusieurs mois et même de plusieurs années (observation II). Puis la lésion se constitue lentement, généralement à l'une des extrémités de la branche horizontale, soit du côté du menton, soit à l'angle de la mâchoire. Les malades ressentent quelques douleurs sourdes à ce niveau qui présente un léger gonflement. Ces accidents sont assez bénins pour que le malade y attache peu d'importance, et ce n'est que lorsque la nécrose est déjà constituée en son entier que l'attention du patient est suffisamment attirée de ce côté pour qu'il vienne demander conseil. Il s'est produit alors une tuméfaction assez accentuée du visage, les douleurs ont augmenté et en général, il y a concurremment d'autres manifestations de la syphilis. Nous avons déjà dit, en effet, que

la lésion des mâchoires n'est, en général, pas isolée. Elle s'accompagne de gommès ou de périostoses en d'autres points du squelette, d'hémiplégie, ou de signes de tabès. (Voir Observations rapportées). A l'examen, on constate alors un gonflement appréciable de la région, dur à la pression, et s'accompagnant d'une douleur sourde. Cette tuméfaction élargit la mâchoire et en gêne un peu le fonctionnement. Il n'y a pas à ce moment de modification de coloration des surfaces tégumentaires, pas de fièvre, pas de phénomènes généraux.

A ce stade, la lésion peut faire croire à une inflammation chronique d'origine dentaire. Elle évolue ensuite un peu différemment suivant les cas. Tantôt, l'état torpide se prolonge (Observ. I et VI) ; la tuméfaction se ramollit ; la fluctuation envahit les tissus qui changent de coloration. Il se forme un abcès, puis une fistule. Cette fistule est externe et débouche à la joue, ou intra-buccale si l'évolution se fait de dehors en dedans. Les phénomènes généraux restent toujours réduits au minimum. Cependant, d'autres fois, la réaction inflammatoire est plus accentuée. Il apparaît un état phlegmoneux de toute la région (Observ. II). La muqueuse jugale est fortement œdématiée, les téguments prennent une rougeur vineuse. Puis la suppuration s'établit, une ou plusieurs fistules apparaissent qui peuvent traverser la joue de part en part. Enfin, plus exceptionnellement, on note un état aigu, comme dans l'observation IV, où la réaction inflammatoire était telle que l'on pensa à des accidents de dent de sagesse. Les gencives étaient sphacélées, la suppuration abondante et l'état général mauvais. Tel est le début.

Lorsque le syphilome s'est fistulisé, on constate que les bords de l'orifice sont rouges, mous, saignants. Celui-ci laisse sourdre un liquide puriforme, jaune verdâtre, grumeleux, mal lié, en général peu abondant et d'une odeur

fétide. L'exploration au stylet rencontre un os ramolli ou rugueux, détaché en grande partie des tissus mous, par conséquent mobile, sonore quand il est éburné, non douloureux. L'exploration manuelle délimite sous la peau un arc osseux anormal, souvent encoché, mobile et fracturé en un point. Il en résulte une déformation de la mandibule; son milieu est dévié du côté malade; l'articulé dentaire est décalé. Cependant le séquestre tient encore en place, de sorte que cette déformation est légère.

A ce stade, quelques phénomènes nerveux plus ou moins accentués sont à noter. Un de nos malades présentait une anesthésie complète de toute la région correspondant au trou mentonnier. Si l'ostéomyélite gommeuse s'entoure d'une zone d'hyperostose, on peut aussi constater la paralysie des nerfs dentaires et mentonniers par compression. L'observation de Zambaco est célèbre à ce point de vue. Le patient présentait une insensibilité complète de la moitié gauche de la lèvre inférieure, de sorte qu'il avait l'impression, quand il buvait, de se servir d'un verre cassé par le milieu de sa circonférence.

Arrivé à cette période, le malade se trouve dans un état assez précaire. La suppuration ne s'amende pas, entretenue qu'elle est par la présence d'un séquestre de grande étendue; elle s'accroît même; les parties molles se détachant cessent d'adhérer à l'os nécrosé. En dehors, il se produit, de nouvelles collections et de nouvelles fistules, en dedans, le séquestre arrive à baigner dans le pus. Concomitamment le maxillaire rompu et devenu douloureux, entrave la mastication, la salive s'écoule en abondance d'une bouche toujours ouverte, et le malade s'achemine vers un état de plus en plus marqué de cachexie buccale.

En même temps, d'autres lésions spécifiques assaillent l'organisme; un état général de plus en plus mauvais se prononce, et si l'intervention chirurgicale ne se produisait

pas, il est hors de doute que l'issue pourrait être fatale. On rencontre d'ailleurs dans les récits des auteurs du xvi^e siècle, au moment où la mercurialisation intensive était *l'ultima ratio* du traitement antisypilitique, des exemples de stomatites tellement intenses qu'il s'ensuivait l'élimination d'une partie de la mâchoire (1). Peut-être n'y avait-il pas là seulement un effet d'intoxication et s'agissait-il aussi de nécroses étendues d'origine spécifique.

Telle est donc la symptomatologie de la nécrose à grand séquestre de la mâchoire inférieure. Elle est, on le voit, assez variée et s'étend des accidents les plus torpides aux manifestations les plus accentuées.

Il est d'ailleurs permis en examinant la marche de la maladie de lui distinguer deux formes bien distinctes : une *forme rapide et maligne* et une *forme lente et relativement bénigne*.

Dans la première, les accidents se précipitent et aboutissent rapidement à un état grave. C'est ainsi que dans notre observation I, après une période de calme assez longue, les symptômes locaux et généraux, en cinq mois, aboutissent à un état cachectique avancé. Dans l'observation V, quatre mois suffisent pour causer une « lésion horrible » (Creutz). En trois mois le malade de l'observation IV, parvient à une situation tellement grave que « on doute fort qu'il puisse s'en relever » (Monod) ; en dépit de l'opération et du traitement il lui faut encore quatre mois pour que son état général s'améliore.

Dans la forme lente et bénigne, le spectacle est tout différent. L'état général, en dépit des lésions locales, reste bon. Dans l'observation II, ce n'est que deux ans après la chute de ses dents, que notre malade fait sa première fistule, et huit mois après seulement, l'opération est pratiquée. Du-

(1) Pignot. *Histoire de l'hôpital du Midi*. Th. Paris, 1885.

rant ce laps de temps, il peut continuer à travailler ; le seul sujet de ses plaintes consiste dans la gêne de plus en plus grande qu'il a à s'alimenter. Dans l'observation VI, le malade de MM. Gaucher et Gougerot n'élimine son séquestre que deux ans après le début des accidents locaux, et encore cette élimination a-t-elle lieu spontanément.

CHAPITRE V

Diagnostic

Envisagé d'une façon générale, le diagnostic de la nécrose syphilitique du maxillaire inférieur ne présente pas grande difficulté. La torpidité de l'affection, la fistulisation au niveau de la mâchoire, la qualité du pus, la déformation de la région, surtout la détermination d'un gros séquestre forment un ensemble assez caractéristique d'autant que, presque toujours, ces lésions ne sont pas les seules manifestations d'une syphilis plus ou moins avouée. Au reste, la réaction de Wassermann, la radiographie, et surtout, l'épreuve du traitement peuvent trancher un diagnostic hésitant entre une ostéite chronique simple et une ostéite spécifique. Il est cependant nécessaire d'étudier avec méthode les différentes affections avec lesquelles on peut confondre.

Le syphilome buccal au début ressemble quelquefois à un vulgaire *abcès dentaire* ; d'autant que le porteur d'un accident de ce genre peut être un syphilitique, nous l'avons mentionné. Mais si le cas est purement inflammatoire et dentaire, l'ostéopériostite est précédée ou accompagnée de battements et du cortège habituel des phlegmasies : phénomènes fluxionnaires rapides, douleur violente, rougeur, chaleur, élévation de température. L'examen direct fait voir à première vue que c'est une dent atteinte de carie pénétrante qui est à l'origine de ces accidents aigus, et cela n'échappe d'ailleurs pas au malade. Mais il y a des cas parfois obscurs : par exemple, la marche lente et sans phéno-

mènes cliniquement appréciables de l'ostéopériostite développée autour d'une racine dentaire. Les lésions abandonnées à elles-mêmes peuvent provoquer une nécrose plus ou moins étendue, bien que limitée. De plus, le mal peut avoir son origine dans une racine recouverte de bourgeons gingivaux et peu visible. Mais, on en conviendra, un examen approfondi ne peut faire persister une telle erreur. Des signes bien nets : aspect des bourgeons gingivaux, douleur au niveau de l'apex, rougeur de l'alvéole, exploration au stylet et au besoin une épreuve radiographique montreront l'existence de la racine malade. Au surplus, son extraction mettra fin aux accidents fluxionnaires, à condition toutefois qu'ils n'aient pas déterminé un gros séquestre. Dans ce cas, la persistance de ce débris nécessitera une intervention, et pourra, s'il y a concomitance d'accidents syphilitiques appréciables poser à nouveau le diagnostic. Dans cette circonstance, plus difficile à la vérité, il faudra se référer à l'ensemble des symptômes que nous avons énumérés, à la marche de l'affection, très simple dans le cas dentaire, surtout la racine causale enlevée et surtout enfin faire l'épreuve du traitement.

Un autre diagnostic important des formes du début doit se faire avec l'*ostéosarcome*. Dans ce cas, le pronostic est intimement lié à la précocité de l'intervention opératoire. Nous avons déjà parlé de l'observation citée par Chabaud où cette erreur fut commise et où seuls, les résultats du traitement spécifique évitèrent au malade une opération grave. La douleur est un signe trop variable pour entrer en ligne de compte ; d'ailleurs, les sarcomes du maxillaire inférieur peuvent atteindre un certain volume tout en restant à peu près indolores. L'hyperthermie locale, la veinosité sont des signes inconstants. En réalité, il faut surtout compter avec les antécédents personnels ou héréditaires. La biopsie constituera un bon moyen de diagnostic et la

radiographie sera d'un très utile secours. Enfin, dans les cas qui restent douteux, il faut toujours essayer le traitement spécifique.

Plus tard, quand la lésion est fistulisée, le diagnostic est à faire avec l'ostéomyélite, les mycoses et surtout la tuberculose.

L'*ostéomyélite*, est relativement peu fréquente au niveau du maxillaire inférieur. Si elle est aiguë, il n'y a pas d'hésitation possible : début brusque, douleur intense, marbrures et chaleur de la peau, œdème de la région, adénite précoce, et surtout phénomènes généraux marqués : fièvre violente, frissons, céphalée, pouls rapide, délire. Voilà qui est bien différent de la marche habituellement insidieuse de la syphilis. Il peut arriver que l'ostéomyélite ait passé à une forme chronique quand on approche le malade. Dans ce cas, l'interrogatoire fera toujours retrouver la phase aiguë et surtout la soudaineté du début.

Si l'ostéomyélite est chronique d'emblée, le cas est plus délicat : on ne retrouve ici ni les phénomènes généraux, ni la suite habituelle des accidents aigus. Une simple douleur sourde accompagnant une tuméfaction de l'os et suivie de suppuration et de fistule feront bien certainement penser à la syphilis ou à la tuberculose. Le cas est malaisé, et il n'y aura guère que les antécédents et les commémoratifs pour guider le diagnostic. Après l'ablation du séquestre; si le doute subsiste, l'épreuve du traitement spécifique donnera un résultat d'une valeur inestimable. Inversement, il importera de ne pas prendre des accidents syphilitiques osseux s'installant d'une manière aiguë ou subaiguë (Observ. IV) pour une ostéomyélite. L'étude attentive des antécédents éclairera seule un diagnostic véritablement difficile.

La *tuberculose*, qui, d'après, Heydenreich, est assez fréquente au niveau des maxillaires, se rencontre surtout

chez des enfants ou des adolescents déjà touchés par le bacille de Koch et présentant d'autres manifestations de même nature. La localisation au maxillaire est souvent secondaire, succédant à une infection de voisinage : périostite ou ulcération gingivale de nature bacillaire. Les ganglions du cou participent toujours au processus et l'adénite qui en résulte, évoluant pour son propre compte, peut arriver également à la suppuration. Il y a généralement une élévation thermique, l'abcès est adhérent aux plans sous-jacents, l'état général est peu brillant. Ainsi que l'ont bien montré Aimes et Aubanel dans un article récent (1919) le stylet qui explore tombe rarement sur un séquestre bien délimité, mais plutôt sur un os ramolli qui a perdu sa résistance et qui donne la sensation de sucre mouillé. A la radiographie, on a la même impression. Là, pas de séquestre à bords nets, mais on passe par transitions insensibles de la teinte normale de l'os à une zone claire floconneuse à contours estompés et indécis.

Dans la syphilis au contraire, l'évolution est moins lente les phénomènes généraux plus réduits ; il n'y a pas d'adénopathie, les douleurs sont surtout nocturnes. Le séquestre est plus différencié. Enfin la marche de la maladie offre un renseignement de premier ordre. Tandis que dans la syphilis, lorsque le traitement opératoire intervient accompagné du traitement général, le malade guérit ; il revient rapidement à la santé. Dans la tuberculose, au contraire, il n'en va pas de même : le traitement chirurgical est le plus souvent impuissant à arrêter l'évolution du mal ; les observations recueillies mentionnent jusqu'à sept ou huit interventions successives pour arriver à une guérison qui n'est souvent qu'apparente. L'atteinte de l'articulation temporo-maxillaire, l'extension possible à la caisse du tympan, aux cavités de l'oreille et aux méninges font de la tuberculose des maxillaires une affection toujours très

grave. Ajoutons enfin, que l'existence de la bacillose peut être confirmée par des examens histologiques et bactériologiques : nature et analyse du pus, inoculation au cobaye.

Reste enfin l'*actinomyose*. Elle peut atteindre à ce niveau soit les parties molles, soit l'os. Dans le premier cas, l'affection reste limitée à la joue et aux gencives et ne se propage qu'exceptionnellement à l'os sous-jacent. Le maxillaire apparaît donc intact à l'examen. Dans la seconde variété, actinomyose primitive de l'os maxillaire, encore plus rare d'ailleurs, la maladie se présente soit sous la forme néoplasique, évoluant plutôt à la façon d'un sarcome, soit sous la forme térébrante avec production de fongosités et apparition de fistules par où s'écoule un pus où se reconnaîtront les grains jaunes caractéristiques. Ces fistules conduisent dans des clapiers purulents, sur un os ramolli, creusé de cavités contenant des bourgeons fongueux et ne constituant véritablement pas le grand séquestre de la syphilis. Il y a parfois coexistence d'autres foyers actinomycosiques au cou et à la face. Le diagnostic peut devenir assez malaisé quand l'examen microscopique du pus n'est pas décisif, car le parasite peut devenir très rare et disparaître même complètement dans les vieilles fistules. Le vrai moyen de diagnostic sera alors l'épreuve du traitement ioduré et la régression de la lésion sous son influence sera la meilleure preuve de la nature parasitaire de la lésion.

Nous mentionnons enfin, seulement pour mémoire, l'existence d'une nécrose qui est devenue maintenant presque une rareté pathologique : la *nécrose phosphorée*. L'interrogatoire, les commémoratifs, la douleur violente, la tuméfaction à laquelle fait suite une suppuration dont le pus fétide s'écoule par de nombreuses fistules, l'étendue de la nécrose qui peut s'étendre aux deux maxillaires sont des signes suffisants pour éviter l'erreur.

CHAPITRE VI

Traitement

Le traitement de la nécrose syphilitique du maxillaire inférieur doit être encore plus médical que chirurgical. Dès que le diagnostic est fait, dès que l'on est sûr par l'examen des lésions, les commémoratifs, le Wasserman, la radiographie, que le mal est sous la dépendance du spirochète, il est certain que la plus pressante indication est de combattre l'infection, et par conséquent d'instituer le traitement spécifique.

Que doit être ce traitement ? Nous avons été vraiment émerveillée du résultat obtenu dans un cas grave par le Novarsénobenzol et l'Iodure de Potassium. Dès la première injection, bien que nous ayons commencé par des doses faibles (15 cgr.), nous avons assisté à une véritable résurrection.

La question doit se poser de savoir si par contre, en pareille occurrence, il est bon d'employer le mercure. A vrai dire, nous aurions des préventions contre ce médicament, étant donnés les accidents, qu'à dose massive, il détermine du côté de la bouche. Dans l'observation IV, la plus grave de toutes, on doit noter que le malade fut traité par des frictions et des injections d'huile grise. A cette époque, cela constituait la médication antisiphilitique la plus énergique. A l'heure actuelle, nous possédons dans l'arsenic un médicament auquel tout le monde donnera sans aucun doute la préférence sur le mercure. D'autre part M. Bercher, vient, dans un cas de gomme tout récent, d'obtenir un résultat superbe

avec l'iodobismuthate de quinine en injections intramusculaires.

Le traitement chirurgical est si simple que nous en parlerons peu ; il enlèvera les parties nécrosées avec le plus de ménagement possible et, autant que faire se pourra, par la voie buccale.

Lorsque le malade est guéri, il se présente avec une déformation de la face et une perte de substance de la mâchoire à laquelle il va falloir remédier. C'est le rôle de la prothèse. Déjà, dès que la fracture du maxillaire s'est produite, et que le séquestre a été enlevé en tout ou partie, il est bon d'assurer la limitation de la déformation et le rétablissement à peu près exact de l'articulé dentaire. Pour cela, on use de liens de caoutchouc assez solides qui vont verticalement de la mâchoire supérieure à l'inférieure. Ces liens sont fixés à des bagues métalliques ajustées et scellées sur les dents de même nom. Ils limitent l'ouverture de la bouche, mais maintiennent à peu près le rapport des faces triturantes.

Lorsque la cicatrisation est définitive le travail du chirurgien est plus compliqué. Il doit rétablir la courbe de l'arc mandibulaire et pour cela, il a à lutter contre la force des muscles masticateurs insérés à la face interne du maxillaire inférieur et contre la rétraction cicatricielle. On se sert d'appareils à attelles articulées ou d'appareils à bielle. Le premier genre, décrit par M. Monod au sujet de son malade, se compose d'appareils du haut et du bas bien moulés sur les surfaces saines ou cicatrisées et reliés des deux côtés par deux plaques courbes articulées entre elles. Ces attelles jouent en glissant l'une sur l'autre, assurant dans les mouvements d'occlusion et d'ouverture de la bouche le maintien en place des fragments osseux. Les mouvements de latéralité sont assurés par une certaine laxité donnée aux vis qui tiennent les attelles entre elles.

Nous avons vu M. Maurel à l'Hôpital Saint-Antoine user d'un artifice différent. Pour rendre l'appareil prothétique moins encombrant, il remplace les attelles par deux tubes, l'un plein, l'autre creux, jouant l'un dans l'autre, et fixés par leurs extrémités à chacun des appareils placés sur l'une et l'autre mâchoire. L'articulé dentaire se trouve ainsi suffisamment maintenu. Les mouvements d'ouverture et de fermeture de la bouche se font d'une façon normale et la mastication est possible.

CONCLUSIONS

I. — La nécrose syphilitique du maxillaire inférieur est une affection exceptionnelle. Cette rareté est peut-être plus apparente que réelle.

II. — C'est une nécrose à grand séquestre ne guérissant que par l'élimination de celui-ci.

III. — Cette localisation sur le maxillaire inférieur n'a pas de rapports avec les infections dentaires.

IV. — La maladie affecte deux modes d'évolution : le plus fréquent est torpide, lent, et sans retentissement appréciable sur l'état général ; le second est rapide, malin et peut aboutir à un état cachectique.

V. — Le traitement doit être à la fois médical et chirurgical. Il nécessite généralement une restauration prothétique.

OBSERVATION I (*personnelle*)

Nécrose syphilitique du maxillaire inférieur

Mme L..., 38 ans, ménagère, vient consulter à l'Hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Richer, le 16 septembre 1921, pour une fistule de la région mentonnière à 1 cm. à gauche de la ligne médiane.

L'affection a débuté au mois d'avril de la même année. A ce moment la malade remarque dans tout le côté gauche de sa mâchoire inférieure une sensation d'engourdissement. Les dents à ce niveau commencent à branler sans douleur. Puis, peu de temps après, apparaît un abcès de la région mentonnière au niveau du trou mentonnier. Cet abcès s'ouvre spontanément, laisse évacuer une quantité assez considérable de pus et se fistulise. A ce moment, la malade attribue son mal à une affection dentaire ; elle va consulter un chirurgien-dentiste qui, ne trouvant probablement pas de dent malade, engage sa cliente à voir un chirurgien. Celle-ci ne suit pas ce conseil et le mal s'aggrave si bien que toutes les dents déjà ébranlées tombent tour à tour sans douleur. Les autres dents restent saines.

Cependant, apparaissent trois autres abcès : un à la région sterno-claviculaire gauche, l'autre au creux axillaire du même côté, le troisième au coude droit. Ces abcès apparaissent presque en même temps sans douleur, sans fièvre, sans réaction inflammatoire aiguë ; ils suppurent abondamment.

Ce n'est que cinq mois après le début de l'affection que la malade se décide à consulter. Son état général est devenu mauvais, la fistule mentonnière coule en abondance, le menton est déjà un peu dévié vers la gauche, l'haleine est fétide, un pus abondant baigne la bouche, l'alimentation est presque impossible, l'amaigrissement considérable. La patiente se plaint en outre de douleurs avec raidissement dans les membres et de céphalée presque continuelle.

Antécédents. — Le père et la mère de la malade sont morts jeunes vers l'âge de quarante ans. Deux frères et une sœur sont morts également ; aucune précision à leur sujet. Elle a été mariée une première fois à dix-neuf ans ; pas d'enfant, pas de fausse couche. Son mari meurt un an après : c'était un grand alcoolique, vraisemblablement tuberculeux. Elle se remarie à vingt-huit ans, fait une fausse couche de trois mois deux ans après, mais en 1913, a une fille, née à terme, toujours bien portante et bien constituée. Le deuxième mari, bien portant avant la guerre, a été prisonnier ; tousse et crache depuis.

La malade elle-même a toujours été bien portante, mais elle a été très malheureuse durant la guerre. C'est une évacuée du Nord et c'est au moment de cette évacuation qu'elle a commencé à se

plaindre de douleurs dans les jambes, avec sensation d'ankylose. Cette raideur a évolué progressivement, atteignant les quatre membres, mais principalement les inférieurs. Au moment où nous l'examinons, elle ne peut marcher qu'à l'aide d'une canne ; elle étend ses jambes avec peine et incomplètement ; la station debout lui est pénible.

Examen local. — Bien que les antécédents de la malade ne donnent pas de renseignements caractéristiques, le diagnostic s'oriente dès l'entrée vers la syphilis. L'examen de la bouche fait voir un volumineux séquestre de la branche horizontale gauche du maxillaire, inclus dans la gencive, mobile en avant et baignant dans du pus. Par la fistule externe on retrouve à la sonde le même séquestre. De cette fistule s'écoule un pus jaunâtre, peu épais, grumeleux et fétide. Les dents de la mâchoire supérieure ne présentent rien de particulier : quelques-unes manquent depuis longtemps ; il n'y a pas de caries. A la mâchoire inférieure du côté droit, toutes les dents sont saines et solides à l'exception des grosses molaires qui ont été extraites jadis parce que cariées. Du côté gauche, toutes les dents manquent à l'exception des deux incisives qui sont saines. Toutes ces dents absentes sont tombées récemment et toutes seules.

Examen général. — Nous avons mentionné l'existence de trois autres petites collections ouvertes. Elles sont de la grosseur d'une noix, molles, rouge vineux, indolores ; leur ouverture est déchiquetée et donne issue à un pus de même aspect que celui de la fistule mentonnière ; elles sont superficielles et siègent dans la peau et le tissu sous-cutané. Ce sont des gommès. Elles sont apparues en même temps et ont évolué d'une façon parallèle.

Les bras et les jambes sont immobilisées en demi-flexion ; les mouvements d'extension sont très limités, principalement aux jambes. Les muscles sont très amaigris, les articulations ne sont pas déformées, mais présentent des signes d'arthrite sèche. Tous les membres sont le siège de douleurs très pénibles, principalement nocturnes, n'ayant jamais présenté le caractère fulgurant. La peau est sèche et écailleuse. Les réflexes sont normaux. Bien que l'examen ne relève rien d'anormal au point de vue viscéral, la malade présente un amaigrissement considérable depuis cinq mois ; son aspect est presque cachectique ; du reste l'alimentation est devenue très difficile en raison des lésions buccales.

Examen radiographique. — L'examen radiographique est pratiqué le jour de l'entrée en position oblique postéro-inférieure. Il montre d'une façon très nette une solution de continuité séparant l'angle du maxillaire gauche de sa branche montante. En dedans de ce trait toute la branche horizontale présente un aspect flou, et grisâtre. Près de la symphyse mentonnière on aperçoit une autre solution de continuité, mais incomplète, surtout au niveau du bord inférieur. A ce niveau, le séquestre semble encore rattaché à l'os

landis qu'à son autre extrémité il semble bien qu'il y ait chevauchement. Ceci explique la déviation de la bouche que nous avons signalée à l'examen extérieur (Voir fig. I).

Opération et suites. — Le 23 septembre, M. Maurel pratique par la voie endo-buccale l'ablation du séquestre. Celui-ci est constitué par la presque totalité de la branche horizontale du maxillaire. Il a une longueur de 5 centimètres, son bord inférieur est arrondi, son bord supérieur est déchiqueté et ne porte plus aucune trace des alvéoles. Son épaisseur est celle du maxillaire inférieur normal de l'adulte. En somme, l'os dans sa totalité depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à 1 centimètre de la ligne médiane a été frappé de nécrose et s'enlève facilement.

En dépit de cette intervention, la fistule ne se ferme pas et continue à couler. Huit jours plus tard l'exploration au stylet permet d'arriver sur un point d'os ramolli. Un deuxième curettage est pratiqué au niveau de ce foyer osseux, par la voie cutanée. On tombe sur un foyer de fongosités qui est gratté vigoureusement.

Le traitement spécifique a naturellement été institué dès le début. Le malade reçoit sept injections intra-veineuses de novarsénobenzol : 10, 20, 30, 45, 45, 45, 45 cc. En même temps elle a pris journellement par la bouche 5 grammes d'iodure de potassium.

Sous l'influence de ce traitement l'état général et l'état local s'améliorent rapidement. La plaie buccale s'est rapidement cicatrisée sous l'influence de lavages répétés à l'eau oxygénée. La plaie externe s'est fermée, la fistule ne s'est pas reproduite. Il existe une solution de continuité complète dans l'os depuis l'incisive latérale gauche qui reste en place, vivante et solide, jusqu'à l'angle du maxillaire qui est remplacé par la saillie de l'extrémité inférieure de la branche montante. Celle-ci est déviée en dedans. Il en est de même de tout le côté sain de la mâchoire qui est attiré fortement vers le côté malade. L'articulé dentaire est en conséquence considérablement décalé.

Les autres gommages se tarissent rapidement. La raideur et les douleurs des membres diminuent progressivement. La marche redevient possible sans l'aide d'une canne. L'alimentation d'abord liquide et semi-liquide se fait de plus en plus aisée. Pour remédier au défaut de l'articulé dentaire on a d'ailleurs, dès qu'on eut pratiqué l'opération, placé des liens de caoutchouc allant d'une mâchoire à l'autre. Ces liens sont maintenus en place par des bagues métalliques scellées sur les incisives supérieures et inférieures.

Au bout de deux mois, l'état buccal est devenu si bon qu'il est possible de commencer le traitement prothétique. Pour ce qui regarde l'état général, on a assisté à une véritable résurrection de la malade.

La nécrose du maxillaire inférieur d'origine syphilitique
Mlle C. MILLON.



PLANCHE I
(Observation I)

Planche II au verso

La necrose du maxillaire inférieur d'origine syphilitique
Mlle C. MILLON.



PLANCHE II
(Observation II)

OBSERVATION II (*personnelle*)

Nécrose du maxillaire inférieur d'origine syphilitique. Ablation d'un volumineux séquestre. — Guérison.

D..., 58 ans, tonnelier, se présente à la consultation de stomatologie de l'Hôpital Saint-Antoine, service de MM. Richer et Maurel, le 14 février 1922 pour une ostéite ancienne du maxillaire inférieur.

Cet homme a toujours présenté une bonne santé générale, mais il a eu six enfants et aucun d'eux n'est vivant : trois sont morts en bas âge ayant présenté au dire du malade du sclérème, un autre est mort du croup à 2 ans ; enfin un fils et une fille sont morts de tuberculose pulmonaire à 28 et 21 ans. Sa femme a fait en plus deux fausses couches ; elle est morte à 42 ans de tuberculose.

Le malade est manifestement syphilitique depuis son service militaire. Il a suivi plus ou moins régulièrement pendant un an un traitement par des pilules.

En 1902, il fait une fracture du maxillaire inférieur à la suite de l'extraction simultanée de deux grosses molaires inférieures droites (il n'y en avait qu'une de malade) par un coiffeur (*sic*).

En 1912, fracture double du coude et du poignet droits à la suite de chute, qui nécessite la résection de la moitié inférieure du radius. Impotence fonctionnelle presque complète de la main droite.

En 1915, périostose de la partie externe du pied gauche qui cède à une série de douze injections intra-veineuses..

Les accidents buccaux n'ont commencé qu'il y a deux ans. Car, il faut bien le noter, à part la fracture du maxillaire produite par un dentiste d'occasion, notre homme a présenté toujours une excellente dentition. Il était même fier de la force de sa mâchoire et portait dans ses dents par son bord-un fût de 40 kilogs. Cependant, il y a à peu près deux ans, le malade perd toutes les dents de la mâchoire inférieure et presque simultanément. Il les cueille lui-même avec ses doigts sans aucune douleur et ses dents tombent parfaitement saines.

Peu de temps après, au commencement de 1921, une fistule apparaît à la région mentonnière presque au niveau de la symphyse, un peu à droite. Cette fistule n'est précédée d'aucun gonflement de la région, ni de douleur, au dire du malade. Elle donne issue à un pus peu abondant. Quelques mois après, une deuxième fistule se montre un peu au-dessus de l'angle de la mâchoire du côté droit. Ses débuts sont également insidieux et sans grande réaction inflammatoire. Cependant, ces deux lésions s'aggravent progressivement, bien que lentement, et au mois d'octobre il existe un gonflement et une rougeur phlegmoneuse de toute la région angulaire de la mâchoire droite. Les fistules suppurent abondamment et on constate que la deuxième a un orifice buccal.

A ce moment (décembre) envoyé dans le service de M. Lejars, il y subit deux interventions sous anesthésie générale, par la voie cutanée. Incision sous-maxillaire. On arrive dans un foyer ancien de fracture spontanée, au niveau de la partie moyenne de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur. Dans le foyer de fracture on trouve un séquestre de 2 centimètres de long sur un centimètre de large. Les deux extrémités des deux fragments du maxillaire sont éburnées. Nettoyage du foyer de fracture. Régularisation à la gouge des extrémités des fragments. Tamponnement.

Le 14 février 1922 le malade est adressé au service de stomatologie pour une restauration prothétique. C'est à ce moment seulement que nous prenons contact avec notre malade.

Nous constatons une perte de substance osseuse considérable au niveau de la branche horizontale droite qui fait presque entièrement défaut. Le menton est en conséquence fortement dévié du côté malade. Il persiste un gonflement considérable de toute la région de l'angle. A ce niveau, la peau est rouge violacé et tendue. Le palper, peu douloureux, donne l'impression d'un épaissement lardacé des tissus sous-jacents. Au milieu de cette tuméfaction persiste une fistule au fond d'un petit entonnoir. Le stylet, par cet orifice, pénètre facilement dans la bouche, traversant la joue de part en part. Par ce trajet s'écoule un pus peu abondant, mal lié, jaunâtre et fétide. A l'intérieur de la bouche, il existe deux larges plaques de leucoplasie aux commissures. A droite, le muqueuse jugale apparaît fortement épaissie, mamelonnée, fissurée, très rouge ; l'orifice interne de la fistule siège au milieu de ces plis à la hauteur de l'emplacement de la troisième grosse molaire inférieure. De l'autre côté de la bouche, en bas, il n'existe plus aucune dent et l'os maxillaire apparaît singulièrement mince et comme raréfié dans toute sa longueur. Sa surface est lissée, il n'existe plus de crête alvéolaire, et prise entre les doigts, son épaisseur est à peine de douze millimètres.

A la mâchoire supérieure, les dents sont saines, bien implantées et persistent, à l'exception de la troisième grosse molaire, de la première et de la deuxième prémolaires droites et des première et deuxième grosses molaires gauches. L'examen radiographique confirme l'examen clinique et montre un foyer d'ostéite très nette et encore en activité, occupant toute la branche montante du maxillaire droit. Entre ce foyer et la symphyse mentonnière existe une pseudarthrose très lâche et correspondant à la presque totalité de la branche horizontale (Voir fig. II).

En raison de l'activité du foyer d'ostéite sus-mentionnée, il ne peut être question encore d'une restauration prothétique, mais on s'empresse d'instituer le traitement antisypilitique. Celui-ci donne des résultats excellents et presque immédiats. A la 5^e injection, 15, 30, 45, 45, 60 cc., intra-veineuse de novarsénobenzol, il n'y a plus de douleur au palper, le pus est tari, la fistule n'est plus per-

méable. L'état général est à présent bon. Le malade qui avait perdu quinze kilogs depuis deux ans, en a déjà regagné la moitié.

En raison de l'état atrophique de ce qui reste du maxillaire, nous avons cherché soigneusement les signes du tabès. A part une zone d'anesthésie très nette au contact et à la douleur autour de ce qui fut le trou mentonnier droit, zone qui a les dimensions d'une pièce de cinq francs, il n'y a aucun trouble de la sensibilité. Les réflexes sont normaux. Ni Argyll, ni Romberg.

OBSERVATION III (*inédite*)

(*Due à l'obligeance de MM. les Docteurs Brocq et Bader*)

Nécrose totale de l'hémimaxillaire inférieur gauche chez un tabétique.

M. S..., âgé de 52 ans, est atteint de syphilis non douteuse (plusieurs Wassermann positifs). Les premiers accidents ont été absolument ignorés, mais en 1917 il présenta des phénomènes d'ataxie avec douleurs fulgurantes qui motivèrent la réforme avec pension, et engagèrent les médecins à rechercher la réaction de Wassermann qui fut trouvée positive. Depuis 1919, S... aurait reçu plus de cinquante injections de novarsénobenzol. Le tabès n'en est pas moins très prononcé : le malade est cloué au lit, il ne peut pas s'habiller et à peine manger seul, l'ataxie atteignant les membres supérieurs ; disparition des réflexes, douleurs fulgurantes ; aucun autre accident syphilitique apparent.

Le 13 août 1921, apparition d'une petite tuméfaction au niveau de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur, tuméfaction qui fut d'abord prise pour un abcès dentaire ; mais en 24 heures, cette tuméfaction augmenta considérablement de volume, s'ouvrit spontanément donnant issue à un pus d'une odeur extrêmement fétide. Le lendemain, la tuméfaction extérieure était tellement énorme que l'on dut pratiquer une incision sur le bord inférieur du maxillaire qui ne donna issue qu'à un pus fétide mais peu abondant. A partir de ce moment les accidents généraux diminuèrent, mais la suppuration par la bouche et par la plaie externe continua. Trois dents se détachèrent, entraînant une partie du bord supérieur du maxillaire.

Le 23 septembre 1921, c'est-à-dire un mois environ après le début des accidents, le malade fut opéré par M. le Docteur Brocq. A ce moment, il présentait une fistule sur la joue gauche, un peu au-dessus du bord du maxillaire et un peu en arrière de la commissure latérale gauche. Ecoulement continuuel de pus dans la bouche. Œdème du rebord gingival gauche complètement édenté. Une radiographie montra un maxillaire flou.

On porta le diagnostic de fracture spontanée un peu en dehors

de la symphyse mentonnière à gauche, et nécrose du maxillaire inférieur.

Intervention sous anesthésie générale. — Incision sous-maxillaire gauche, légèrement recourbée derrière l'angle gauche de la mâchoire. On aborde le foyer de fracture. On saisit le fragment externe du maxillaire à l'aide d'un petit davier et on s'aperçoit que l'hémi-maxillaire inférieur gauche est complètement nécrosé. Le périoste est complètement décollé et on enlève avec la plus grande facilité tout l'hémi-maxillaire qui n'a plus aucune adhérence avec les tissus voisins. En arrivant au niveau de l'articulation temporo-maxillaire on s'aperçoit que celle-ci est disloquée et dans la cavité suppurée de l'articulation on trouve le condyle maxillaire libre par fracture spontanée de son col. A peine l'apophyse coronoïde tient-elle par quelques fibres du tendon du temporal restées adhérentes à l'os. Celui-ci présente dans son ensemble une coloration verdâtre et une odeur de gangrène.

A la suite de cette intervention, la suppuration persista quelque temps encore par deux fistules très longues mais étroites. Actuellement tout est à peu près cicatrisé, il ne s'écoule plus qu'une gouttelette de pus, tous les trois ou quatre jours. L'état général est très bon.

Le traitement anti-syphilitique qui avait été cessé en mai 1921 a été repris fin janvier 1922 (0 gr. 30 de novarsénobenzol tous les cinq jours). C'est à partir de ce moment que l'amélioration se produisit réellement en ce qui concerne la suppuration persistante après l'ablation du séquestre.

OBSERVATION IV (*abrégée*)

Nécrose du maxillaire inférieur d'origine spécifique.

Hémi-resection totale. — Restauration fonctionnelle.

(Jean Monod, *Rev. de Stomatologie*, fév. 1911)

Homme de 21 ans. Présente du côté gauche du maxillaire inférieur des accidents inflammatoires qui sont pris d'abord pour des accidents de dents de sagesse. Comme il est syphilitique depuis trois ans, il subit concurremment un traitement par des pilules de protoiodure et des applications d'onguent mercuriel sur la joue. Il entre à l'Hôpital du Val-de-Grâce le 16 octobre 1908.

A ce moment il présente une tuméfaction de toute la région latérale gauche de la mâchoire inférieure avec œdème modéré de la joue remontant vers l'œil. Les 3^e et 2^e molaires ont été enlevées, il y a quelques mois, dès que les accidents ont commencé ; la 1^{re} molaire, les prémolaires et la canine très dénudées du côté lingual sont fort mobiles. Au niveau du collet on voit sourdre un pus foncé et fétide pas extrêmement abondant. A la place des deuxième et

troisième molaires la gencive ne s'est pas refermée, elle laisse suinter du pus et le stylet introduit donne la sensation nette d'os nécrosé.

Malgré le traitement antisiphilitique institué dès ce moment par des injections d'huile grise, malgré les lavages antiseptiques de la bouche pratiqués tous les jours, l'état du malade au cours du mois de novembre ne fait qu'empirer. Le gonflement augmente et avance vers le menton, les dents deviennent de plus en plus mobiles ; la gencive d'une teinte violette, d'aspect sphacélé en divers points, est décollée profondément au niveau des collets, où, surtout le long de la molaire et de la canine, le stylet pénètre profondément, glissant sur un os, nettement dénudé. On enlève successivement toutes les dents ébranlées, elles sont cueillies dans la bouche plutôt qu'arrachées et aussitôt quelques séquestres s'éliminent.

Parallèlement, l'état général baisse rapidement. Au début de décembre il est franchement mauvais, le malade ne se soutient plus, il faut le porter sur un brancard. La tuméfaction est de plus en plus considérable. De la bouche s'écoule un pus d'une fétidité telle que le passage du malade rend irrespirable l'atmosphère de la salle de pansement.

Le 5 décembre, on pratique une opération par laquelle on enlève tout le séquestre, maintenant bien délimité et s'étendant à toute la portion gauche du maxillaire. Une incision cutanée est prolongée en avant jusqu'à la ligne médiane, et remontée en arrière sur la branche montante. La partie intermédiaire de l'os tombe d'elle-même au moment où on veut sectionner le maxillaire à la cisaille sur la ligne médiane. La branche montante est altérée en partie : libérée à la rugine sur ses deux faces, elle est extirpée au davier de Farabeuf après section au ciseau courbe du tendon du temporal, et libération des dernières adhérences au niveau du col du condyle.

L'état général du malade est si précaire à ce moment qu'on doute fort qu'il puisse se relever. On place néanmoins un appareil de prothèse et, tout doucement, après avoir été nourri longtemps à la sonde, puis à la bouteille, le malade se remonte. Vers le début de février, la plaie cutanée se cicatrise très lentement, mais est gênée dans ce processus par le suintement continu de la salive. On continue les injections d'huile grise et vers le 20 mars, le malade peut absorber des aliments liquides et des purées. Au milieu de juillet seulement la cicatrisation est complète.

L'A. s'étend ensuite longuement sur la restauration prothétique qui fut très difficile à réaliser étant donné qu'il manque au malade toute la moitié gauche de son maxillaire inférieur. Cette restauration est cependant suffisamment complète pour que deux ans après le début des accidents, l'opéré puisse manger et parler normalement et être considéré comme définitivement guéri.

OBSERVATION V

Nécrose syphilitique du maxillaire inférieur(Creutz. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, oct. 1903)

Nouna ben Messoud, 23 ans, se présente à notre consultation un jour de marché accompagnée de son mari. Régée à onze ans, mariée à treize, elle n'a pas eu d'enfants, mais à fait quatre fausses couches. A l'âge de six ans, elle a été soignée dans le Sud par un médecin militaire qui lui a fait prendre de l'iode pour des douleurs ostéocopes généralisées et des syphilides dont on retrouve les cicatrices gaufrées à la face externe de la cuisse droite. 1.

A l'examen de la malade, nous trouvons sur les bras, les cuisses, le dos, des cicatrices récentes, gaufrées, provenant d'ulcérations qui avaient débuté il y a 3 mois et qui ont guéri sans autre traitement que des frictions à l'onguent citrin du codex. Toutes ces plaies sont cicatrisées ; d'ailleurs elles ont inquiété fort peu la malade, car elles ont évolué sans douleur. Elle vient nous consulter pour des douleurs violentes dans tous les membres et au niveau du maxillaire inférieur. Les douleurs l'empêchent de dormir depuis plus d'un mois.

En lui faisant ouvrir la bouche, nous constatons que sept dents manquent à la mâchoire inférieure. Ce sont la première prémolaire droite, la canine droite, toutes les incisives et la canine gauche. La face postérieure du maxillaire est complètement dénudée ; avec un stylet recourbé, on peut contourner le bord inférieur de l'os. En avant, l'os est également dénudé sur une hauteur de un centimètre, le reste est recouvert par du tissu fongueux et ulcéré. Le bord supérieur du maxillaire présente les sept alvéoles dépourvues de leurs dents et remplies de pus ; l'os est noirâtre, dépouillé de son périoste. La deuxième prémolaire droite et la première prémolaire gauche sont encore en place, mais le maxillaire est dénudé à leur niveau, surtout à sa face postérieure. Ces deux dents déjà ébranlées sont destinées à disparaître. L'haleine est fétide ce qui s'explique par l'écoulement abondant du pus au niveau de la plaie. D'après la malade, l'affection a débuté il y a quatre mois, les gencives se sont tuméfiées et les dents sont tombées dans l'ordre suivant : première incisive gauche, première et deuxième incisives droites, première incisive gauche, canine droite, première prémolaire droite, canine gauche. Le reste de la bouche forme avec cette lésion horrible un contraste frappant : les dents de la mâchoire supérieure sont saines, blanches et bien rangées, il en est de même pour celles qui sont encore en place sur le maxillaire inférieur.

A la palpation du maxillaire on perçoit deux tumeurs formées par les deux branches horizontales augmentées de volume. Ces deux tumeurs sont ovoïdes et se rejoignent au niveau de la sym-

physe, celle de droite est plus volumineuse. La malade nous raconte qu'elle ne sent plus sa lèvre inférieure depuis un mois environ. En effet nous pouvons la piquer et la pincer sans qu'elle éprouve aucune sensation douloureuse.

Le diagnostic ne pouvait être douteux étant donnés les antécédents relevés à l'examen.

On prescrit un traitement mixte de mercure et d'iodure de potassium, mais la malade refuse de se laisser hospitaliser.

OBSERVATION VI

Ostéite du maxillaire inférieur chez un tabétique avec élimination d'un volumineux séquestre

(Gaucher, Gougerot, Meaux-Saint-Marc. *Bull. Soc. fr. de Dermatologie*, juil. 1912).

J..., 50 ans, n'avait jamais été malade, en particulier n'avait jamais eu d'accidents syphilitiques, quand il entre salle Saint-Louis, le 12 avril 1912, et raconte que c'est pour la première fois il y a cinq ans, qu'il commença à perdre ses dents. Ce fut d'abord une incisive supérieure qu'il cueillit avec ses doigts sans douleur ni perte de sang ; de même il perd bientôt deux molaires du côté droit, puis trois autres dents du côté gauche. Commencant à s'inquiéter le malade va consulter à Cochin où l'on attribue à une syphilis méconnue cette chute de dents qui se continue et fait perdre au malade toutes les dents de la mâchoire supérieure. Après les dents, tombaient des fragments du rebord alvéolaire, mais jamais il n'y eut d'ulcération consécutive.

Dix-huit mois après, le malade commence à ressentir quelques douleurs au niveau du côté gauche du maxillaire inférieur. Un médecin consulté à ce moment constate, en même temps que cette ostéite commençante, une hémiplégie, des signes de tabès et prescrit des injections de bi-iodure.

Malgré cela, l'ostéite du maxillaire progresse d'une façon presque indolente et six mois après, c'est-à-dire il y a trois ans, en croquant sur les molaires inférieures gauches, le malade rend un volumineux séquestre qui laisse après lui une ulcération qui se comble d'elle-même, et sans laisser à ce niveau d'irrégularité du rebord alvéolaire, ni aucune ulcération.

Actuellement l'état dentaire du malade est le suivant : à la mâchoire supérieure il reste les deux dernières molaires du côté gauche ; à la mâchoire inférieure il manque à droite : les deux premières grosses molaires, à gauche les trois grosses molaires qui étaient implantées au niveau du séquestre éliminé. Le pourtour du rebord alvéolaire supérieur est assez régulier, on note l'absence complète de gencives.

OBSERVATION VII (*abrégée*)**Un cas de tabès dorsal avec nécrose du maxillaire**(Siegfried, in *Thèse Henry*, 1905)

S..., âgé de 42 ans. Le début de la maladie est en 1883 : douleurs vésicales, perte de cheveux, diplopie. En 1885, des vertiges apparaissent, puis de l'instabilité de la marche ; en même temps affaiblissement de l'acuité visuelle, puis douleurs lancinantes et fulgurantes du côté du visage. En 1893, douleurs névralgiques, lancinantes aux pouces et aux mains. Paresthésie de la région cervicale, gêne respiratoire, accès de dyspnée. Parfois angoisse et sensation de constriction à la région précordiale.

En décembre 1893, le malade s'aperçoit que trois de ses molaires du côté gauche de la mâchoire inférieure sont branlantes ; peu après elles tombent toutes trois parfaitement saines, sans douleurs et sans phénomènes inflammatoires ; la gencive seule était un peu ramollie. Huit jours plus tard, le malade ressent comme des coups d'aiguille dans la région sous-maxillaire gauche ; en même temps rougeur et gonflement de la gencive, puis évacuation d'un pus sanguinolent fétide, avec un fragment d'os nécrosé d'environ 2 cent. 5 de dimensions et provenant du maxillaire inférieur. Les douleurs diminuent ensuite et au bout de quelques jours cicatrisation et guérison.

A l'examen, en 1894, on constate de l'inégalité pupillaire, suppression du réflexe à la lumière, diminution du réflexe à l'accommodation, de l'atrophie de la papille du nerf optique. Amaurose à peu près complète. Analgésie complète à la partie moyenne du maxillaire inférieur (gauche) correspondant à l'endroit où se trouvait le fragment d'os nécrosé.

OBSERVATION VIII (*résumée*)**Ostéo-périostite syphilitique du maxillaire inférieur avec élimination de séquestres.**(Chabaud, *Th. de Paris*, 1885)

X..., à 17 ans, chancre ; trois semaines après roséole, impétigo du cuir chevelu, alopecie, anorexie, amaigrissement, céphalée, douleurs rhumatoïdes dans les articulations scapulo-humérales, puis plaques muqueuses à la bouche et à l'anus. Sous l'influence d'un traitement par protoiodure ces accidents disparaissent.

Cinq ans après, après une vie très contraire à l'hygiène, ictère.

Trois ans après, c'est-à-dire huit ans après l'accident primitif, gonflement considérable de la région gingivale correspondant à la canine et des deux prémolaires inférieures gauches avec fièvre et troubles gastriques. En même temps se développe une exostose

considérable du bord correspondant de la branche horizontale du maxillaire.

Sous l'influence d'un traitement par sirop de Gibert et iodure à haute dose, la périostite diminue d'intensité, mais on est obligé d'extraire la canine et les deux prémolaires très ébranlées. Ces dents sont complètement saines. Le nettoyage de la plaie fait sortir des fragments d'alvéoles nécrosées et l'exploration au stylet fait constater un état fongueux du maxillaire.

Sous l'influence du traitement la guérison est rapide. Aujourd'hui on constate une vaste brèche osseuse sur laquelle se moule une muqueuse lisse et pâle. Cette brèche est plus prononcée en arrière où elle atteint plus de un centimètre et demi de profondeur ; l'os semble taillé en biseau.

OBSERVATION IX

Nécrose syphilitique du maxillaire inférieur avec élimination de séquestres

(W.-H. Dolamore, *British Dental Journal* et *Semaine Dentaire*, nov. 1921) (1).

Un autre cas intéressant de nécrose fut observé chez un homme de 45 ans. Neuf mois avant mon examen, était apparue du côté de la mâchoire inférieure une enflure qui, du témoignage du patient, se produisait à peu près une fois par mois, et disparaissait. Deux mois auparavant deux molaires cariées avaient été enlevées : j'incisai l'enflure par la bouche, mais l'os ne semblait pas remuer. Deux jours plus tard le séquestre sortit. Le patient reconnut qu'il avait eu la syphilis autrefois et la réaction de Wassermann était positive. Ce séquestre avait cinq centimètres de long sur deux de large. Il semblerait impossible de dissocier la syphilis de la nécrose, cependant je ne puis me souvenir d'avoir vu un autre cas de nécrose syphilitique du maxillaire inférieur.

OBSERVATION X (résumée)

Nécrose étendue du maxillaire inférieur chez un tabétique

(Poteau, *Odontologie*, mai 1906)

Observation très incomplète. Malade de 46 ans, ayant perdu toutes ses dents à des intervalles très rapprochés. Tabétique depuis quinze ans. Élimine un séquestre allant de la première grosse molaire inférieure à la branche montante droite. Deux mois après élimination d'un autre séquestre, puis d'un troisième comprenant la table externe du maxillaire entre la symphyse et la canine inférieure.

(1) Le titre exact de l'article est : *l'importance de l'observation clinique en chirurgie dentaire.*

BIBLIOGRAPHIE

Aimes et Aubanel. — Tuberculose du max. inf. (*Prog. méd.*, juil. 1919).

Chabaud. — Syphilis du maxillaire inférieur (*Th. de Paris*, 1885).

Creutz. — Nécrose syph. du max. inf. (*Rev. gén. de Clinique et Thérapeutique*, 24 oct. 1903).

Dieulafé et Herpin. — Maladies chirurgicales des mâchoires (*Traité de Stomatologie Gaillard-Nogué, Paris, Baillière*, 1911).

W.-H. Dolamore. — (*Semaine Dentaire*, nov. 1921).

Gangolphe. — Localisations osseuses de la syph. tertiaire (*Paris, Masson*, 1885).

Gaucher, Gougerot et Meaux Saint-Marc. — Ostéite du max. inf. chez un tabétique (*Bull. soc. fr. derm.*, juill. 1912).

Henry. — Mal perforant buccal (*Th. de Paris*, 1905).

Izard. — Mal perforant buccal (*Rev. de Stomatologie*, 1911).

Jeanselme. — Ostéomyélite et syph. (*Rev. int. de Méd. et Chir.*, avril, 1909).

Jullien. — Traité des mal. vénériennes (*Paris*, 1874).

Bercher et Maurel. — Syphilis tertiaire du max. inf. (*Rev. de Stomatologie*, mai 1922).

Mauriac. — Syph. tertiaire et héréditaire (*Paris, Masson*, 1890).

Monod. — Nécrose du max. inf. d'origine spécifique (*Rev. de Stomatologie*, fév. 1911).

Mouton. — La syph. du max. sup. (*Th. de Nancy*, 1905).

Ombredanne. — Maladies des mâchoires (*Tr. de Chirurgie, Le Dentu-Delbet, fasc. XVI*).

Poteau. — (*Odontologie*, mai 1906).

Spillmann. — Syph. osseuse (*Paris, Steinheil*, 1909).

Vu : *Le Président de la thèse*,
LEJARS

Vu : *Le Doyen*,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
*Le Doyen de la Faculté de Médecine
de Paris* :
ROGER

